Aus der Universitäts-Frauenklinik München
Vorstand: Professor Dr. H. Eymer

Das Schicksal der nicht behandelten Krebskranken

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Paul Ludwig
aus Engerazhofen (Württbg.)

München 1939
Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Aus der Universitäts-Frauenklinik München
Vorstand: Professor Dr. H. Eymer

Das Schicksal der nicht behandelten Krebskranken

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät der Bayerischen
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Paul Ludwig
aus Engerazhofen (Württbg.)

München 1939
Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Referent:
Prof. *Dr. Eymer*

Tag der mündlichen Prüfung:
28. April 1939

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem Vater in Dankbarkeit

Meiner toten Mutter zum Gedächtnis

Um den Wert einer Behandlungsart richtig beurteilen zu können, ist es unbedingt notwendig, daß man die Erfolge, die man mit dieser Behandlungsart erzielt, mit dem Verlauf der unbehandelten Krankheit vergleicht. Nur dadurch ist es möglich, ein Urteil über den Wert einer Behandlungsart zu fällen.

Greenwood hat folgende für alle Krankheiten und Behandlungserfolge gültigen Grundsätze aufgestellt:

Um einen Erfolg richtig beurteilen zu können, muß man vergleichen

1. Die durchschnittliche Lebensdauer einer gesunden Person im selben Alter wie der Kranke.
2. Die durchschnittliche Lebensdauer eines Kranken, der nicht behandelt worden ist.
3. Die durchschnittliche Lebensdauer eines Kranken, der mit der Methode, deren Wert geprüft werden soll, behandelt wurde.

Natürlich kann nur eine Behandlung, die mehr erreicht als es dem natürlichen Verlauf der Krankheit entspricht, als erfolgreich bezeichnet werden. *(Körbler.)*

Diese Grundsätze finden beim Krebsleiden nur selten Anwendung, denn das Schicksal dieser Kranken ist ja fast immer der Tod innerhalb kurzer Zeit, wenn keine Behandlung erfolgt. Wir besitzen auch nur wenige Angaben über nicht behandelte Krebsfälle, denn mit der Diagnose „Carcinom" setzt meistens auch gleich die Therapie ein.

Man kannte schon in ältester Zeit den Krebs (Papyrus Ebers, 1500 v. Zw.); allerdings finden wir in dieser Zeit noch keine exakte Beschreibung und Diagnosestellung, da man unter Krebs allgemein jede Anschwellung verstand. Die außerordentliche Gefährlichkeit wurde schon damals erkannt, aber man kannte auch sehr bald weniger bösartige Krebsformen (s. u.). Unübersehbar sind die Mittel, die zur Bekämpfung und Heilung des Krebses versucht wurden und doch wundern wir uns, daß schon so früh so moderne Mittel zu seiner Bekämpfung angewendet wurden. In dem ältesten indischen Werk (Ramajana etwa 2000 v. Zw.) wird schon über die Exstirpation von Neoplasmen mittels Glüheisen berichtet und über die Verwendung von Unguentum Ägyptiacum zur Verhütung von Rezidiven. *(Wolff.)*

Hippokrates (460 auf Cos geb.) kennt schon den Magen-, Uterus-

und Brustkrebs und hält die Prognose nicht für absolut ungünstig, falls die Behandlung gleich zu Beginn einsetzt. *Leonides* von Alexandrien (180 n. Zw.) operierte zuerst im gesunden Gewebe mit dem Messer und benutzte dann das Glüheisen, um die Blutung zu stillen und alles Krankhafte abzutöten.

Celsus (30 vor bis 38 n. Zw.) hält nur die Induration oder den Scirrhus für günstig und für die Diagnose des Krebses entscheidet nach ihm sogar der therapeutische Erfolg. Er hält nicht viel von der Therapie des echten Carcinoms, befürwortet aber doch bei weniger bösartigen Formen, z. B. Lippenkrebs, die Operation.

Galenus versucht auch schon die Ätiologie des Krebses festzustellen und macht die Beobachtung, daß besonders melancholische Frauen vom Krebs heimgesucht werden und führt die Entstehung auf die Eindickung der schwarzen Galle zurück. Allerdings konnte auch er den Krebs nur aus dem Verlauf diagnostizieren.

Man muß den Erfolgen aus dieser vormikroskopischen Zeit gegenüber sehr vorsichtig sein, denn großenteils beruhten sie auf falschen Diagnosen. Schon *Delius* warnt vor diesen Berichten und weist auf die oft nach längerer Zeit auftretenden Rezidive hin. Besondere Skepsis ist notwendig bei Fällen von inneren Krebsen (da keine Sektionen, Röntgenuntersuchungen usw. gemacht wurden).

Jedoch kann man den neueren Autoren schon Glauben schenken, da die Grundvoraussetzung für die richtige Beurteilung, nämlich die Diagnosestellung, durch die modernen Untersuchungsmittel (Mikroskop, Röntgen usw.) fast sicher gegeben ist. Es ist aber auch heute noch sehr schwer, „absolute Heilung" festzustellen, denn Metastasen und Rezidive können noch nach Jahren auftreten, und oft wird nur ein mehr oder weniger langer Waffenstillstand gewesen sein. Nach *Eymer* sprechen wir aber heute von „Heilung", d. h. Dauerresultaten, wenn fünf Jahre lang Carcinomfreiheit bestanden hat.

So berichten verschiedene moderne Autoren über langjährige Carcinomfreiheit unbehandelter Patienten, vor allem bei Mammacarcinom und Hautkrebs. *Körbler* berichtet über ein Mammacarcinom, bei dem der Tod erst nach 9 Jahren eintrat. Bis dahin lebte die Patientin ohne wesentliche Beschwerden und Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. Auch *Frohmann* kennt ein solches, bei dem der Tod erst nach 8 Jahren eintrat. Nach *Clarke* trat in 3 Fällen von nicht operierten Brustkrebs der Tod nach 5, 6 und 16 Jahren ein. *Kopp* beschreibt ein histologisch bewiesenes Mamma-Carcinom

einer Greisin, das nach Behandlung mit feuchten Kompressen und Selbstreinigung innerhalb einiger Wochen vollkommen ausgeheilt sein soll.

Allgemein günstiger und eine gewisse Sonderstellung einnehmend, werden die Hautkrebse beurteilt. So konnte *Ribbert* die Ausheilung von Lymphdrüsenmetastasen eines Plattenepithelcarcinoms der Lippe nachweisen. *Senger* sah ein Schleimhautcarcinom der Wange mit Submaxillardrüsen innerhalb von drei Wochen vernarben. Nach *Labhardt* hat eine Patientin das Recidiv eines innerhalb von 13 Jahren an der Stirn entstandenen Krebses 10 Jahre überlebt. Das gleiche bei einem Nasenkrebs einer andern Patientin. Er kommt zu folgender Schlußfolgerung, was Recidive betrifft: Diejenigen Carcinome, die am meisten zu Spätrecidiven neigen, sind die, welche schon an und für sich einen langsamen, relativ benignen Verlauf haben, d. h. Scirrhen. *Imbach* beobachtete einen Mann mit Zylinderzellencarcinom der Gallenblase (Diagnose durch Probelaparotomie und Probeexcision sichergestellt), der 23 Jahre lang jährlich kontrolliert wurde und 72jährig noch gesund war. Wie verhält es sich nun bei den Carcinomen des Uterus? *Jung* beobachtete eine 33jährige Patientin mit Plattenepithelkrebs der Portio, bei der Radikaloperation abgelehnt wurde, die nach 15 Jahren noch praktisch geheilt und gesund war. Erst da trat ein rasch wachsendes, inoperables, das kleine Becken ausfüllendes Collumcarcinom auf, das innerhalb von 8 Wochen zum Tode führte. (Sektionsbefund bestätigte die klinische Beobachtung.) Interessant sind folgende Krankengeschichten von *Flesch*, die ich hier wieder geben möchte: 33jährige Frau eines ländlichen Arbeiters wurde wegen eines Bauchtumors zur Operation eingewiesen. Sie zeigte den Leibesumfang des letzten Schwangerschaftsmonats. Vaginal fanden sich beide Parametrien von Tumormassen ausgefüllt. Der Uterus hatte, soweit erfaßbar war, normale Größe und Konsistenz. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und nach Abfluß des reichlichen peritonealen Exsudates waren die Eingeweide übersät von kleineren und größeren Knötchen auf dem Peritonealüberzug, Netz usw. Eine radikale Entfernung war ausgeschlossen. Nach Excision einiger Stückchen zwecks mikroskopischer Untersuchung wurde der Leib geschlossen. Der Wundverlauf war glatt und fieberlos, so daß die Kranke schon sehr bald entlassen werden konnte. Die mikroskopische Untersuchung von *Albrecht* ergab ein typisches, wahrscheinlich von der Tubenschleimhaut ausgegangenes Carcinom. Auch die Kleinknötchen waren miliare Krebsmetastasen. Die Prognose schien darnach denkbar ungünstig. 4 Jahre später

war das Aussehen der ehemaligen Patientin das Gegenteil einer Kranken. Der Leib anscheinend von normalem Umfang. Sie war kräftig und leistungsfähig und lebte noch lange Jahre. Über ihr letztes Schicksal wurde nichts bekannt. (S. Abschnitt palliat. Eingriffe.)

Weiter beschreibt er einen Fall aus dem Jahre 1866 mit Scirrhus mammae, der ohne das Leben der Kranken wesentlich zu beeinträchtigen, über 40 Jahre bestanden hat. Ein hinzugezogener Gynäkologe und Chirurg wollte damals eine Amputatio mammae machen, gegen die sich der behandelnde Arzt wandte (vorantiseptische Zeit!). 1902 bestand der Tumor noch, näßte oberflächlich und war der Kranken dadurch lästig, ohne sie indessen ernstlich zu beschweren oder zur Todesursache zu werden.

Jedenfalls hat hier der Körper durch viele Jahre die Anwesenheit und wahrscheinlich die Rückbildung vertragen. Den Kranken wurde von der ungünstigen Lage nichts mitgeteilt.

Häufig werden Heilungen und Besserungen in Verbindung mit dem Ablauf natürlicher Infektionskrankheiten gebracht. (Gangrän, Syphilis, echte Pocken.) An erster Stelle steht aber wohl das Erysipel und nach *Busch* sollen Krebskranke nach Hinzutritt von Erysipel vollkommen geheilt worden sein. Auch die Resorption pleuritischer und ascitischer Ergüsse bei Krebskranken soll eine Spontanheilung herbeiführen können. Nach *Gordon Mackay* soll sich ein Mammacarcinom nach Resorption eines Pleuraergusses spontan zurückgebildet haben. *Hodenpyl* beobachtete die Rückbildung eines Mammacarcinomrecidivs mit Metastasen am Hals und in der Leber nach Auftreten eines chylösen Ascites. Ferner will er bei therapeutischer Verwendung von Ascitesflüssigkeit Erfolge erzielt haben, während andere Forscher wieder keine Erfolge gesehen haben. Nach *Czerny* soll ein inop. Uteruscarcinom durch Abrasio, nach Hinzutritt von Erysipel zur Heilung gekommen sein. Es ist aber fraglich, ob es sich um Dauerheilung gehandelt hat, oder nicht vielmehr um die Überführung in ein Latenzstadium, welches besonders bei Corpuscarcinom sehr lange anhalten kann. Oft gehen ja die Patienten vor dem natürlichen Ablauf der Erkrankung an irgend einer interkurrenten Krankheit zu Grunde. Auch *Bruns* beschreibt einen Fall von Melanosarkom der Mamma, mit axillären Drüsenschwellungen, bei dem das Operationsrecidiv sich durch Erysipel zurückgebildet habe.

Manche Autoren wollen Heilungen bei palliativen Eingriffen gesehen haben, also bei Operationen, wo bewußt krankes Gewebe

im Körper blieb. Röntgen- und Radiumbehandlung werden von den Strahlentherapeuten, selbst bei inoperablen, ja desolaten Fällen nicht als Palliativmaßnahmen betrachtet, da selbst Endstadien nach 5 Jahren noch krebsfrei gefunden wurden. Aus der Literatur kennen wir aber gerade Fälle, bei denen palliative Operationen Heilung erzielt haben sollen.

So berichtet *Czerny* über Ausheilung eines Uteruscarcinoms nach Auskratzung, Kauterisation und Chlorzinkätzung. Er legt Wert auf Palliativoperationen (Gastroenterostomie, Jejunostomie, Colostomie, Ausschabung, Ätzung usw.). Den oft Monate und Jahre andauernden Erfolg führt er auf Reizausschaltung zurück. „Der chirurgische Eingriff kann manchmal durch unvollkommene Zerstörung des Krebsgewebes dieses zu vermehrter Wucherung anregen, in anderen Fällen wird auch bei unvollständiger Entfernung des Krebses der menschliche Körper befähigt, den Rest der Geschwulst unschädlich zu machen, ja sogar zu vernichten!" Auch *Trinkler* betont den Wert der palliativen Operationen und verweist auf Fälle von Carcinoma recti, bei denen die Anlage eines Anus praeter naturalis in einigen Fällen ein völliges Schwinden der Geschwulst zur Folge hatte. *Stratz, Prym* und *Vassmer* haben auf einfache Probeausschabung Fälle mit dreijähriger Beschwerdefreiheit, *Blau* mit 12jähriger, *Flaischlen* mit 15jähriger Dauer gesehen. *Heß* bei einem Fall von Adenocarcinom durch Probekürettement vier Jahre lang Recidivfreiheit. Nach *Lahms* sind die auf die Körperschleimhaut beschränkten Krebse als eine Gruppe für sich zu betrachten, was auch für den klinischen Standpunkt von Bedeutung ist. (Ähnlich dem verhältnismäßig gutartigen Papilom der Harnblase; *Halban-Seitz.*)

Wie sind die Heilungsvorgänge und Heilungsversuche des Körpers zu erklären?

Sehr viele Autoren sind der festen Ansicht, daß der Körper von sich aus in der Lage ist, den Kampf gegen die Krebsgeschwulst aufzunehmen; die Meinungen aber, bis zu welchem Grade er diesen siegreich führen kann, sind verschieden. Es sind feine biologische Vorgänge, die sich in der Krebsgeschwulst abspielen und die von Forschern beobachtet werden konnten. So führt *Wolff* die Selbstheilung vor allem auf die Bildung von Antikörpern zurück. Cytolysine, Verseifung, Verkreidung, Verkalkung, Fettmetamorphose, Bindegewebswucherung, Hinzutreten von Entzündung, Gangrän, Fieber, Erysipel wirken nach ihm als Heilfaktoren. Vor allem beobachtete er auch die Rückbildung von Metastasen nach

Entfernung des Primärtumors. *Brettscheider* macht ebenfalls Schutzstoffe für unerwartete Krebsheilungen verantwortlich, verlangt als Beweis aber die Autopsie. Rückbildungen von metastatischen Herden sind nach ihm gesichert.

Teils sind es auch Einflüsse, die vom Bindegewebe *(Sauerbruch)* ausgehen und zum Ein- und Umwachsen des Krankheitsherdes führen können. (Nach *Handley* ist diese Bindegewebswucherung geradezu ein Beweis für lokale Spontanheilung beim Krebs.) Es können auch Einflüsse von Gewebszellen ausgehen und zu Zellauflösungen führen. Daraus würden sich Anregungen für die Therapie ergeben. *Theilhaber* hält die „lokale" als auch die „humorale" Disposition zum Krebs für die Folge einer Insuffizienz der Schutzvorrichtungen des Körpers für die Erhaltung der Integrität des Bindegewebes gegenüber dem Eindringen des Epithels. Wenn es gelingt, diese Abwehrvorrichtungen nach der Operation zu vermehren, so wird es dem Körper manchmal möglich sein, kleine Reste von Krebsmassen zu resorbieren. Umgekehrt werden trotz radikalster Operation und Beseitigung der letzten Krebszelle nicht allzu selten neue Carcinome entstehen, wenn es nicht gelingt, diese Abwehrvorrichtungen zu stärken. *(Theilhaber.)*

Nach *Theilhaber-Edelberg* kommen die Spontanheilungen zustande:

a) durch primären Tod der Epithelien;

b) durch primäre Wucherung des Stromas, mit Rundzelleninfiltration (*Schüßler* führt den Tod der Tumorzellen auf die phagocytäre Wirkung der Stromariesenzellen zurück);

c) durch Kombination von a und b.

Allerdings sind sie der Ansicht, daß die Mehrzahl der Spontanheilungen wohl Fälle von mikroskopischen Carcinomen betrifft, daß aber auch makroskopisch kleine Krebse noch heilen. Diagnostizierte Krebse werden ja meistens entfernt, infolgedessen läßt sich nur selten feststellen, ob sie noch einer spontanen Heilung fähig gewesen wären.

Manche Autoren weisen besonders auf die Abwehreinwirkungen und Vorgänge in den Gefäßwänden, der Blutflüssigkeit und den Blutzellen hin. Nach *Theilhaber* ist der histologische Angriff etwa folgendermaßen: Leucocyteninvasion, vermehrte Lymphocytenbildung, Auftreten von eosinophilen Zellen, Mastzellen, Riesenzellen, dadurch Unschädlichmachung der importierten Krebszellen.

Die Anwesenheit von Tumorzellen im Blut ist vielfach bestätigt worden, so beobachtete *Schleiß* schon im Frühstadion der Erkrankung Krebszellen im Blut, als noch längst keine Metastasen festgestellt werden konnten. Da die Metastasierung hauptsächlich auf dem Lymphwege erfolgt, nimmt er an, daß im Blut reichlich Krebszellen zerstört werden. So konnte auch *Schmidt* histologisch die Vernichtung von Tumorzellen in den kleinen Lungenarterien bei Unterleibskrebs nachweisen. Eine ähnliche Beobachtung machte *Ceelen* bei einem Magencarcinom eines jungen Mannes. Die Zerstörung von Carcinomzellembolien geschah hier durch endarteriitische Prozesse, indem das Granulationsgewebe von der Intima zwischen die Tumorzellen wucherte und diese vernichtete. Er konnte in der Lunge die Übergänge von frischen Geschwulstzellenembolien mit anschließender Thrombose bis zur vollkommenen fibrösen Obliteration der Gefäße beobachten und stellte fest, daß darin alle Tumorzellen vernichtet waren.

Hansemann bezweifelt zwar die Spontanheilung des Carcinoms wie des Sarkoms, gibt aber zu, daß kleine Metastasen sich restlos zurückbilden und verschleppte Krebszellen zerstört werden können, also nicht unbedingt zu Geschwülsten auszuwachsen brauchen.

Borst betont außerdem noch die primäre Hinfälligkeit der Geschwulstzellen und sagt, daß viele Tumorzellen an einfachen Ernährungsstörungen zu Grunde gehen, aber auch durch die Abwehrkräfte des Organismus. Eine Generalisation der Geschwulst kommt erst dann zustande, wenn die natürlichen Schutzkräfte versagen. Nach ihm kommen partielle spontane Rückbildungen sehr häufig vor, während totale spontane Rückbildung einer echten Geschwulst eine ganz seltene Erscheinung ist. Auch *Fränkel* meint, daß die Abwehr- und Heilungsvorgänge nicht über gewisse Ansätze hinauskommen. Die Abwehrmaßnahmen sind so verschleiert, daß man sie nicht zum „Ausgangspunkt einer Behandlung" machen kann.

Viele suchen auch in gewissen äußeren Faktoren einen Einfluß auf das Krebswachstum festzustellen. Die Bösartigkeit der Carcinome weist nach ihnen örtliche Verschiedenheit auf, und es sind vielleicht auch örtliche Faktoren mit im Spiel. Oft spielt scheinbar auch eine gewisse Sensibilität mit herein, was manchmal bei der Strahlenbehandlung zu beobachten ist. Zwar sind es weniger die Carcinomtumoren, die weite Schwankungen in der Strahlenempfindlichkeit zeigen, als die allgemeine Reaktion der verschiedenen Patienten auf diesen Reiz, die konstitutionelle Unterschiede erkennen läßt (*Eymer* in Halban-Seitz).

Nichtbehandelte Krebskranke aus dem Strahleninstitut an der Universitäts-Frauenklinik München (ehem. Leiter Prof. Dr. Voltz †)

Bei der Nachprüfung des Schicksals der nichtbehandelten Krebskranken ist es natürlich, daß es sich fast durchweg um infauste Fälle handelt, deren Behandlung durch die Klinik wegen des hoffnungslosen Zustandes abgelehnt wurde. Es sind nur ganz wenige Ausnahmen, die trotz ärztlichen Rates und Zuredens, wenn noch Heilungsaussichten bestanden, jede Behandlung selbst ablehnten. Meistens ließen diese sich dann doch, nachdem sie unbehandelt die Klinik verlassen hatten, draußen vom Facharzt behandeln.

Da alle Patienten während der Nachprüfung für diese Arbeit schon tot waren, die Angehörigen aber sehr ungern und meistens keine Antwort auf Fragen geben, obwohl oft bei ihnen ein gewisses „Interesse" besteht, wenn man sich ihrer Angehörigen nach so langer Zeit noch erinnert, mußten sich meine Ergebnisse großenteils auf Angaben und Berichte in den Krankenblättern stützen. Außerdem erkundigt sich das Institut von sich aus laufend bei der zuständigen Ortspolizeibehörde nach Befinden und evtl. Todesursache früherer Patienten.

In einigen Krankenblättern waren die Angaben zu lückenhaft und kamen daher für die Arbeit nicht in Frage. Außerdem kamen natürlich nur die Fälle in Betracht, die auch vor der Aufnahme in die Klinik völlig unbehandelt waren.

Bei den 105 Uteruskrebskranken, die ich aus den Jahrgängen 1913 bis 37 finden konnte, handelt es sich also fast durchweg um Patienten, deren Befund als infaust und inkurabel bezeichnet wurde und fast alle der „Schwere"-Gruppe IV *(Döderlein-Krönig)* angehören. Es sind also Fälle, „bei denen das Carcinom über das kleine Becken hinaus fortgeschritten ist (Metastasen auch in ferngelegenen Organen) oder bei denen die Nachbarorgane des Collum uteri — Blase, Ureter, Rektum — so in Mitleidenschaft gezogen sind, daß das kleine Becken mehr einer einzigen soliden Masse, als einem System getrennt voneinander liegender Organe gleicht" *(Halban-Seitz)*.

Meist war auch der Ernährungs- und Kräftezustand stark reduziert, oft kachektisch; einige waren sogar moribund.

Alter.

Alter	0—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	über 70—79
Zahl	0	0	6	27	36	30	4 1

unbekannt: 1

Zunächst versuchte ich festzustellen, ob eine gewisse Altersdisposition dieser inkurablen Krebse bestand (s. Tabelle). Obwohl der Krebs alle Altersgruppen befallen kann, ist doch zu erwarten, daß der größte Teil der Erkrankungen in das „Krebsalter" fällt.

So sind 89 % der Patienten zwischen 40 und 70 Jahre alt. Relativ hoch ist vielleicht das 60. bis 70. Lebensjahr betroffen (28 %); vor dem 30. Jahre ist kein Fall zu finden; vor dem 40. Jahre 5 %.

Auch nach dem 70. Lebensjahr ist ein rascher Abfall festzustellen, der aber wohl damit zusammenhängt, daß nur wenige Menschen dieses Dezennium erreichen.

Verheiratet — Ledig.

Auffallend hoch ist der Anteil der verheirateten Kranken, nämlich zirka 86 %, doch muß man auch hier berücksichtigen, daß in Deutschland die Mehrzahl der Frauen dieser Altersgruppen verheiratet ist.

verheiratet	ledig
91	14

Stadt — Land.

Da die Patienten des Strahleninstitutes vielfach aus der weiten ländlichen Umgebung Münchens stammen (Oberbayern, Allgäu usw.) und demnach der Stadtbezirk München, was die Zahl der Bewohner betrifft, sehr zurücktritt, kann man aus dem Überwiegen der Patienten vom Land keine Schlüsse ziehen.

Stadt	Land
34	67

davon von München: 30

Beruf.

Wenn man (n. *Theilhaber*) die Berufe nach der sozialen Lage der Patienten in drei Gruppen einteilt,

Gruppe I: Privatiers, Bankbeamte, Ärzte, höhere Beamte,
Gruppe II: mittlere Beamte,
Gruppe III: Arbeiter,

so muß man mit Ausnahme von vier Patienten, sämtliche Patienten

in Gruppe III einreihen. Bei 79 angegebenen Berufen (des Mannes oder eigener Beruf) sind eine Hausbesitzersfrau, zwei Gastwirts- und eine Metzgersfrau vertreten, die nach *Theilhaber* eine gewisse Sonderstellung einnehmen, da letztere pekuniär sehr oft einer „gehobenen Gesellschaftsklasse" angehören. Die übrigen 75 Patientinnen sind durchwegs Frauen von Arbeitern, Taglöhnern, Handwerkern und kleinen Angestellten. Es ist aber schwer, aus dem verhältnismäßig kleinen Zahlenmaterial Schlüsse zu ziehen. Vielleicht kann man die Vermutung aussprechen, daß diese Menschen sich oft schlechter beobachten bezw. ihren Beobachtungen nicht genügend Wert beilegen und deshalb oft zu spät in ärztliche Behandlung kommen. *Theilhaber* führt das Vorherrschen des Krebses in Arbeiterkreisen auf die Dauer der Gestationszeit zurück, die in den sozial besser gestellten Ständen fünf Jahre und mehr als bei den Arbeitern betragen soll.

Wahrscheinlicher Beginn der Erkrankung.

Auftreten der ersten Symptome:

vor	1	Monat	bei 7 Patienten	vor	9	Monaten bei 4	Patienten
„	2	Monaten	„ 8 „	„	10	„ „ 3	„
„	3	„	„ 9 „	„	11	„ „ 3	„
„	4	„	„ 5 „	„	12	„ „ 12	„
„	5	„	„ 5 „	„	15	„ „ 1	„
„	6	„	„ 7 „	„	18	„ „ 1	„
„	7	„	„ 4 „	„	21	„ „ 1	„
„	8	„	„ 3 „	„	24	„ „ 1	„
				früher		„ 3	„

Aus obiger Tabelle ist zu ersehen, daß der überwiegende Teil der Frauen (91 %) sich bereits ignnerhalb eines Jahres in ärztlicher Behandlung befand. Da der Zustand bei der Klinikaufnahme aber fast durchweg infaust war, ist die Feststellung erschütternd, daß innerhalb von sechs Monaten nach Bemerken der ersten Krankheitszeichen bereits 53 % der Frauen unheilbar waren; ja nach zwei Monaten waren es schon 19 %. Bedauerlich und vorwurfsvoll aber ist es, daß 25 % der Frauen zwölf Monate und bis drei Jahre gewartet haben (nachdem sie die ersten Symptome bemerkt natten), bis sie sich in ärztliche Behandlung begaben (s. verschleppte Fälle).

Art der Frühsymptome.

Das klinische Bild des Krebses ist im allgemeinen nicht sehr mannigfaltig und oft kann man sich sehr schlecht auf die Angaben und die Selbstbeobachung der Patientinnen verlassen.

Bei 74 Fällen verteilen sich die Frühsymptome wie folgt:
Blutung: 41 Patientinnen (zirka 55 %)
Blutung + Ausfluß: 8 Patientinnen
Schmerzen: 12 Patientinnen
Schmerzen + Ausfluß: 5 Patientinnen
Ausfluß: 6 Patientinnen
Darmstörung: 1 Patientin
Schweißausbruch: 1 Patientin.

In der überwiegenden Mehrzahl wird also Blutung als erstes Symptom genannt, während dann Ausfluß und Schmerzen kommen. Die übrigen Symptome spielten bei diesen Fällen eine untergeordnete Rolle. Wie bereits erwähnt, kamen 19 % der Frauen bereits innerhalb von zwei Monaten zum Arzt, während 25 % zwölf Monate und bis drei Jahre mit den Beschwerden herumgelaufen sind, ohne ärztliche Hilfe zu suchen. Welcher Art waren nun die Symptome, die teils so früh gewarnt haben, aber teils auch die Patientinnen so schlecht zu warnen vermochten?

„Frühdiagnostizierte" Fälle.

Es sind 15 Frauen, die bereits innerhalb von zwei Monaten nach „Bemerken" der Symptome zum Arzt gingen. 13 davon sind verheiratet und sie stammen mit Ausnahme von zwei alle vom Land. Fünf Patientinnen sind zwischen 40 und 50 Jahre alt, während der Rest mehr als 50 Jahre alt ist.

Sechs davon wurden zweifellos durch die Art der Beschwerden „erschreckt": starke Blutung, Blut im Stuhl, blutiger Ausfluß, starke Leibschmerzen, heftige Kreuzschmerzen, Schweißausbrüche. Bei einigen bestanden aber nur mäßige Blutungen und Schmerzen, dafür war aber der Körperzustand meistens sehr reduziert, mit Schwächegefühl und Anämie.

Da es sich fast durchwegs um Fälle der Gruppe IV handelt, ist wohl anzunehmen, wenn man der Beobachtung der Patienten trauen kann ,daß die Krankheit sich wohl längere Zeit ohne Symtome entwickelt hat, die aber, als es bereits zu spät war, um so heftiger einsetzten.

„Krankheitsdauer."

12 Tage	1 Pat.		8 Monate	1 Pat.	
2 Monate	2	„	9	„	2 „
4 „	2	„	10	„	1 „
5 „	1	„	11	„	2 „
6 „	2	„	18	„	1 „

Durchschnittliche Krankheitsdauer: 7,5 Monate.

Die Krankheitsdauer ist zwar kurz, aber die Zahl der Fälle ist zu klein, um etwas über die „Malignität" auszusagen. Auffallend ist aber, daß nur eine Frau länger als 11 Monate lebte.

„Verschleppte Fälle."

Wichtiger ist die Frage der Fälle, die erst 12 Monate und später in ärztliche Behandlung kamen.

Von 19 Patienten (10 vom Land, 9 von der Stadt) sind 7 Patienten unter 50 Jahre, der Rest über 53 Jahre alt.

Erste Symptome bei Patienten unter 50 Jahre:
unregelmäßige Blutung bei 2 Pat.
stärkere Menses bei 2 Pat.
gelber Fluor bei 1 Pat.
Brennen beim Urinieren bei 1 Pat.
unbekannt: 1 Pat.

Es sind also Beschwerden, die die Patientinnen wohl häufig auf das Klimakterium zurückgeführt haben.

Erste Symptome bei Patienten über 50 Jahre:
Blutung bei 3 Pat.
Fluor bei 6 Pat.
Leib- bezw. Kreuzschmerzen bei 2 Pat.
unbekannt: 1 Pat.

Von den drei Frauen mit Blutungen waren zwei bereits über 60 Jahre alt, so daß von den Patientinnen kein Zusammenhang mit dem Klimakterium mehr angenommen werden konnte. Verhältnismäßig häufig war Ausfluß ein erstes Symptom (gelber, weißer, brauner, übelriechender). Sicherlich haben die Frauen dem Ausfluß zu wenig Bedeutung zugemessen, obwohl dieser Ausfluß wohl schon ein Zeichen von Krebs war, wie auch *Kermauner* annimmt. Der fleischwasserähnliche Ausfluß ist bei den Patienten bereits sehr gefürchtet (Krebspropaganda), aber es wäre wohl angezeigt, die Frauen darauf hinzuweisen, auch die übrigen Ausflußarten nicht so harmlos hinzunehmen.

Nichtbehandelt.

Von den 105 Uteruskrebskranken wurden 50 nichtbehandelt entlassen und auch außerhalb der Klinik keiner Behandlung mehr unterzogen. Bei 2 Patienten sollte allerdings trotz der fast infausten Prognose eine Behandlung noch versucht werden, wurde aber trotz ärztlichen Rates und Zuredens abgelehnt. Eine Patientin verstarb vor der Behandlung an den Folgen einer hochgradigen Anämie (s. u.).

Bei den übrigen Fällen wurde wegen des hoffnungslosen Zustandes von jeglicher Behandlung abgesehen.

Lebensdauer von Klinikaufnahme bis Tod.

13	Pat.	lebten	noch	1	Monat		
7	„	„	„	2	Monate		
7	„	„	„	3	„		
3	„	„	„	4	„		
7	„	„	„	5	„		
3	„	„	„	6	„		
1	„	lebte	„	7	„		
4	Pat.	lebten	noch	8	Monate		
1	„	lebte	„	9	„		
1	„	„	„	10	„		
1	„	„	„	12	„		
1	„	„	„	19	„		
1	„	„	„	28	„		

Das Schicksal dieser Patienten veranschaulicht am besten diese Tabelle. Es konnte kein Fall von Spontanheilung festgestellt werden, denn nach 28 Monaten waren sämtliche Patienten tot. Nur zwei Kranke lebten nach Aufnahme in die Klinik noch länger als 12 Monate, während alle übrigen (96 %) bereits innerhalb eines Jahres starben.

Krankheitsdauer.

12	Tage	bei	1	Pat.			
4	Monate	„	2	„			
5	„	„	2	„			
6	„	„	2	„			
7	„	„	3	„			
8	„	„	1	„			
9	„	„	4	„			
10	„	„	3	„			
11	Monate	bei	1	Pat.			
12	„	„	1	„			
14	„	„	1	„			
15	„	„	1	„			
17	„	„	1	„			
18	„	„	1	„			
20	„	„	1	„			
24	„	„	1	„			
länger als		28	Mt.	1	„		

Durchschnittliche Lebensdauer nach Beginn der Symptome: zirka 10,5 Monate.

Leider konnten nur von 27 Patienten die Krankheitsdauer errechnet werden, da bei den übrigen der wahrscheinliche Beginn nicht mehr festzustellen war. Selbstverständlich geben obige Zahlen nur ein ungefähres Bild der Krankheitsdauer, denn das Auftreten von Symptomen ist längst nicht immer der Beginn der Erkrankung, sondern zeigt meistens schon ein fortgeschrittenes und oft das Schlußstadium an.

Eine Sonderstellung nimmt wohl der Fall mit „12tägiger" Krankheitsdauer ein. Es handelt sich um die 48jährige Frau eines Bahnwärters, die mit hochgradiger Anämie (20 % Hgb.) in die Klinik kam. Vor 7 Tagen bekam diese Patientin starke Blutung, die nicht

mehr aufhörte. Diagnose: Collumca. II. Nach 5 Tagen Tod an Herzinsuffizienz und Lungenoedem nach Anämie. Es handelt sich hier also um einen der recht seltenen Fälle (*Gusserow*, *Kohlusch*, *Hofmaier* in Halban-Seitz) von Verblutungstod. Bei den übrigen Patienten wurde als Todesursache angegeben:

Uteruskrebs: 38mal
Bauchkrebs: 1mal
Magen-, Darmkrebs: 2mal
Darmleiden: 1mal
Blasenfistel: 1mal
Blasenleiden: 1mal
Kreislaufschwäche,
Lungenoedem: 2mal
Fulmin. Lungenembolie: 1mal
Altersschwäche: 1mal
Paralyse?: 1mal.

Wie bereits erwähnt, verlassen manchmal Patienten unbehandelt die Klinik und lassen sich dann draußen doch noch behandeln. Wegen der Frage der Therapie hoffnungsloser Fälle ist folgende Krankengeschichte interessant:

J. Kl., Oberwachtmeistersgattin. Alter 48 Jahre. Klinikaufnahme 8. 3. 1920. Familie: Vater mit 85 Jahren an Altersschwäche †. Mutter mit 75 Jahren an Pneumonie †, drei Geschwister leben. Eine Schwester mit 40 Jahren an Unterleibsleiden †, eine Schwester im Wochenbett †.

Selbst: Mit 2 Jahren Pneumonie und Masern.

Menses: Beginn mit 14 Jahren, bis Heirat schwach, später stärker. Alle 28 Tage 4—6 Tage lang. In letzten 10 Jahren 2—3 Tage Dauer. Geburten: 2 normale Geburten, letzte 1903, 2 Abgänge (6—7 Wochen). Später: Bleichsucht. 5 Jahre an Krampfen gelitten. Schwache Nerven. Jetzige Krankheit: letzte Zeit alle 8—14 Tage Blutungen von 2—3 Tage Dauer. Seit 2. Januar Schwachegefühl, das immer stärker wird. Arzt hatte Bettruhe verordnet. Darauf hört die Blutung etwas auf, kam beim Aufstehen wieder stärker. Tropfen verordnet.

29. 1. 1920 auswärts Abrasio. Glanduläre Hyperplasie.

12. 3. 1920 Stückchen entnommen. Vom pathologischen Institut histologisch untersucht: Blutgerinsel. Plattenepithelzellenhaufen und ganz wenige Epithelzellen.

Befund am 31. 1. 1920: Scheide weit, zapfenförmige Portio. Muttermund querspaltig. Portio und Scheidengewölbe überall ganz weich. Uterus ist in einen auffallend weichen, weit über kindskopfgroßen Tumor verwandelt. Nur an einzelnen Stellen härtere Partien.

Mittelgroße Frau, mittl. Ernährungszustand. Puls 88 regelmäßig.

keine Oedeme. Weiterer Verlauf: Die Patientin erkrankte unmittelbar nach der Abrasio an hohem Fieber, das 14 Tage lang anhielt (über 39 Grad). Kopfschmerzen; wurde in die innere Klinik verlegt. Nach Rückverlegung Tumor nicht mehr kindskopf-, sondern nahezu mannskopfgroß. Auch hat man den Eindruck, daß er sich rings tief in das Parametrium hineinentwickelt hat. Der Muttermund ist ein klaffender Querspalt, die Lippen sind entschieden verdickt.

12. 3. 1920: Muttermund ist geschlossen. Rings um das Scheidengewölbe durch harte Massen abwärts gedrängt. Das ganze Becken erfüllt von derben, unbeweglichen Massen. Es handelt sich um ein in das Beckenzellgewebe eingebrochenes hochsitzendes Carcinom. Nihil faciendum. Elender Zustand, Entlassung.

28. 6. 1922: Patientin hat sich heute bei uns eingefunden. Eine Untersuchung lehnt die Patientin unter allen Umständen ab. Es geht ihr ausgezeichnet gut und hat angeblich 30 Pfund zugenommen. Sie gibt an, daß sie nach der Entlassung zu einem Frauenarzt gegangen ist und bestrahlt wurde. Im ganzen 8mal bestrahlt zu je 10—15 Minuten in 14täg. Abstand. Nach der Röntgenbestrahlung erfolgte zusehends Besserung. Die Patientin war bis 1930 voll arbeitsfähig. Starke Gewichtszunahme. 1930/31, abgesehen von Erkrankung der Galle und Niere, absolutes Wohlbefinden. 1934 Operation in Privatklinik wegen Magenkrebs. 1937 wieder Magenbeschwerden. Starke Gewichtsabnahme. Zuletzt Kachexie. Gelbblasses Aussehen. Blasen- und Nierenbeschwerden. 1937 erneut Röntgenbestrahlung. Januar 1938 Urinverhaltung. Mit 66 Jahren Tod an Uraemie.

Es handelt sich hier wohl um einen Fall mit „langem Verlauf".

Scheinbehandlung.

Bei 29 Patienten wurde wegen des infausten Zustandes nur eine Scheinbehandlung mit Röntgen oder Radium durchgeführt. Diese wurde mit denselben Vorbereitungen und Apparaturen gemacht, wie eine richtige Strahlenbehandlung — nur ohne Strom und radioaktive Substanz —, sodaß die Patienten den Eindruck einer echten Strahlenbehandlung hatten. Es konnte durch die Scheinbehandlung (s. Tab.), die ja hauptsächlich psychisch wirken sollte, im Vergleich zu den absolut unbehandelten Fällen keine Verlängerung der Lebensdauer erzielt werden, denn nur ein Patient lebte länger als ein Jahr nach Klinikaufnahme. 87 % waren schon innerhalb von 7 Monaten tot.

Lebensdauer ab Behandlung.

1 Monat	3 Pat.		7 Monate	2 Pat.	
3 Monate	5 „		9 „	1 „	
4 „	7 „		11 „	1 „	
5 „	2 „		15 „	1 „	
6 „	2 „				

Als Todesursache war auch hier meistens Krebs und Kachexie angegeben (79 %). Der Rest verstarb an Kreislaufschwäche, Lungenentzündung, Blasenkrebs, Peritonitis, Oedem. Bei zwei Fällen war auswärts eine Abrasio gemacht worden. Aber dieser palliative Eingriff war ohne Erfolg.

Serumbehandlung.

Bei fünf aussichtslosen Fällen wurde noch eine Behandlung mit Tumorserum H. versucht. Es sind Patienten zwischen 41 und 51 Jahren, 4 verheiratet, 1 ledig. Beginn der ersten Symptome vor 4 Tagen bis 1 Jahr.

Bei vier Patienten Tod zwischen 2. und 9. Monat nach Behandlungsbeginn. Bei einer Patientin Tod 16 Monate nach Behandlungsbeginn.

Intensive Behandlung.

In 21 Fällen wurde trotz des aussichtslosen Befundes eine intensive Behandlung mit Radium, Röntgen und Hypophysenbestrahlung durchgeführt.

Trotz dieser energischen Behandlung konnte keine Patientin mehr gerettet werden, und es starben alle innerhalb eines Jahres. Todesursache fast durchweg Uteruskrebs.

Zusammenfassung.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Selbstheilungsversuche des Körpers wohl sicher und vielleicht ständig vorkommen, aber meist partiell bleiben, daß es aber im Verhältnis zur Gesamtzahl der Carcinome nur wenige Ausnahmen sind, die total ausheilen. Sicher wird es sich dann meistens um einen sog. langen Verlauf bezw. einen Waffenstillstand gehandelt haben, wie wir ihn auch bei anderen Krankheiten, z. B. Tuberkulose, kennen. Vielleicht heilt auch mitunter die Krankheit vollständig aus und der Körper wird auf Grund der Disposition zum Krebsleiden erneut krank.

Von den unbehandelten und scheinbehandelten Fällen des Strahleninstituts ist kein einziger spontan geheilt.

Auch Serumbehandlung und intensive Radium- und Röntgen-

bestrahlungen konnten die angeführten desolaten Fälle nicht mehr retten. Man ist also geneigt, der Behandlung infauster Fälle keinen Wert beizumessen, obwohl durch Linderung und Beseitigung der Beschwerden, was nach Strahlenbehandlung erwiesen ist, viel Nutzen gestiftet werden kann. Jedoch konnte ich den zwar seltenen, aber schönen Fall anführen, daß eine völlig aussichtslose und „inkurable" Patientin durch Röntgenbehandlung wieder praktisch gesund wurde und viele Jahre arbeitsfähig war und ihrer Familie erhalten blieb. Den Kranken unbehandelt entlassen, heißt ihn seinem Schicksal überlassen, das praktisch immer den baldigen Tod bedeutet. Nur selten werden die Abwehrkräfte des Körpers allein Herr über diese furchtbare Krankheit und sie brauchen fast immer Unterstützung durch den Arzt. Bis heute besteht diese Hilfe in der Operation und Strahlenbehandlung. Da wir aber wissen, daß der Körper auch selbst Abwehrmaßnahmen ergreifen kann, ist es ebenso notwendig und wichtig, das „vitale Geschehen" nicht zu übersehen und womöglich nicht zu schädigen. Hebung des Allgemeinzustandes durch gute Ernährung, körperliche und seelische Ruhe und Pflege, vermag doch mitunter die Widerstandsfähigkeit zu steigern und neue Abwehrkräfte zu mobilisieren.

Sehr wichtig ist aber, daß die Frauen möglichst bald in die ärztliche Behandlung kommen und nicht erst in einem körperlichen Zustand, bei dem eine Behandlung nur schädlich wirken würde. Leider setzen, wie wir sahen, die Krankheitssymptome oft so spät ein, daß die Warnung des Körpers nichts mehr nützt und auch den Patienten keine Schuld mehr zugesprochen werden kann. Oft aber beachten die Frauen Monate, — ja Jahre lang nicht ihre Beschwerden und kommen erst in Behandlung, wenn nur noch wenig Aussicht auf Rettung besteht. Gerade anscheinend harmlose Krankheitszeichen, wie Ausfluß, werden von ihnen zu wenig bewertet. Aufklärung und häufige Untersuchungen im gefährdeten Alter würden sicher noch manche Frau retten können.

Am Schlusse der Arbeit erlaube ich mir, Herrn Prof. Dr. *Eymer* für die freundliche Übernahme des Referates, sowie Herrn Dozent Dr. *Neeff* für die wertvollen Anregungen bestens zu danken.

Literatur

Borst: Allgemeine Pathologie der malignen Geschwülste. Leipzig. — Die Lehre von den Geschwülsten 1 und 2. Wiesbaden.

Brettscheider: Beitrag zur Heilbarkeit des Krebses durch palliative Behandlung. Arch. Gynäk. 92, 1910.

Bruns: Die Heilwirkung des Erysipels auf Geschwülste. Beitr. klin. Chir. 3, 1888.

Ceelen: Über einen Teil von Thrombendariitis pulmonalis carcinomatosa. Med. Klinik 1920, Nr. 4.

Clarke: Ref. nach Z. Org. Chir. 35, 1926.

Czerny: Über unerwartete Krebsheilungen. Zentralbl. Chir. 1907, Nr. 48.

Eymer: Klinik der Bestrahlung der Gebärmutterkrebse. Halban-Seitz Bd. IV, S. 938.

Flesch: Münchner med. Wochenschrift 1927, S. 1589.

Frauchiger: Krebsforschung. Bd. 29, 1929.

Fraenkel: Über die Heilbarkeit der Krebskrankheit. Ref. n. Z. org. Chir. 7. 1920.

Greenwood: Zit. n. Körbler.

Handley: The national cure of cancer. Brit. med. I. 1909, 582.

Hansemann: Deutsche med. Wochenschrift 1913, Nr. 22.

Hess: siehe Hansemann.

Imbach, Jung, Kopp: Zit. n. Frauchiger.

Körbler: Prakt. Karz. Bl., H. 4, 1934.

Kermauner: Klinik und operative Behandlung der Krebsformen der Gebärmutter. Halban-Seitz, Bd. 4.

Lahms: Halban-Seitz, Bd. 4.

Labhardt: Zur Frage der Dauerheilung des Krebses. Bruns Beitr. 33. 1902, 571.

Mackay: Brit. med. J. 1907, 138.

Ribbert: Heilungsvorgänge im Carcinom, nebst einer Anregung zu seiner Behandlung. Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr. 10.

Schleiß: Zit. n. Frauchiger.

Sauerbruch: Die Behandlung bösartiger Geschwülste. Deutsche med. Wochenschrift 1922, Nr. 55.

Schmidt: Über die Krebszellenembolien in den Lungenarterien. Verh. Ges. deutsch. Naturforscher 1887, Teil 2.

Theilhaber: Schutzvorrichtung des Körpers gegen Epithelwucherungen und die Krebsbehandlung. Med. Klinik Nr. 41, 1917.
— Zur Lehre von der Spontanheilung d. Carc. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 26, 1912.
Theilhaber-Edelberg: Zur Lehre von der Spontanheilung der Myome und Carcinome. Zeitschr. Krebsforschung. 13, 1913, 461.
Trinkler: Arch. Klin. Chir. 122, 1923.
Wolff: Die Lehre von der Krebskrankheit. Bd. IV, S. 38, 48, 62, 72, 77.

Lebenslauf

Ich wurde am 1. April 1911 in Engerazhofen im württbg. Allgäu geboren. Nach dem Besuch der Volks- und Realschule legte ich im Frühjahr 1930 an der Oberrealschule in Biberach die Reifeprüfung ab. Hierauf besuchte ich die Universitäten Tübingen, Wien und München, woselbst ich im Herbst 1932 die ärztliche Vorprüfung und am 5. Februar 1936 die ärztliche Prüfung bestand. Meine Bestallung als Arzt erhielt ich am 17. Juni 1937.